

- Таким образом, современные малоинвазивные эндоскопические методы оперативного лечения эктопической шеечной беременности позволяют уменьшить объем хирургического вмешательства, сохранить репродуктивную функцию, снизить частоту послеоперационных осложнений.

#### **Литература:**

1. Гришин, И. И. Новые возможности в лечении шеечной беременности / И. И. Гришин, Ю. Э. Доброходова, С. А. Капранов // Новые технологии в медицине. – 2010. – № 4. – С. 7–8.
2. Опыт органосохраняющего лечения шеечной беременности с использованием селективной эмболизации маточных артерий и гистерорезектоскопии / С. Э. Саркисов [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 4. – С. 4–5.
3. Случаи ранней диагностики и лечение шеечной беременности с сохранением репродуктивных органов / В. Н. Сидоренко [и др.] // Новые технологии в медицине. – 2015. – № 3. – С. 10–12.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА НА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ**

*Дивакова Т.С., Елисеенко Л.Н., Ржеусская Л.Д., Харленок В.И.*  
УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Аденомиоз представляет собой доброкачественный патологический процесс, характеризующийся появлением в миометрии эпителиальных и стромальных элементов эндометриального происхождения. В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты аденомиоза в структуре гинекологической патологии и генеративной функции и составляет в среднем 37-45%, а в структуре эндометриоза 40% [1,3]. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных различным аспектам эндометриоза, до сих пор лечение генитального эндометриоза представляет сложную и далеко нерешенную проблему [2,3]. В настоящее время все больше предпочтение отдается медикаментозному лечению, которое должно по возможности повлиять на различные патогенетические звенья в развитии эндометриоза особенно у пациентов репродуктивного возраста.

**Цель исследования.** Оценить эффективность лечения начальных стадий аденомиоза у пациентов с помощью медикаментозного лечения.

**Материал и методы.** Данное исследование проведено на базе кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПК ВГМУ, в гинекологическом отделении Витебского областного клинического специализированного центра. В настоящее исследование вошли 91 пациент с начальными стадиями внутреннего эндометриоза.

Диагноз «аденомиоз» был выставлен на основании данных гинекологического исследования, анамнеза, жалоб, лабораторных методов обследования, кольпоскопии, данных УЗИ, МРТ, КТ.

Все пациентки с аденомиозом были разделены на две группы: 1-ю группу составили пациенты получавшие гестаген (диеногест) в непрерывном режиме в течение 6 месяцев (51 пациент); 2-я группа – пациенты получавшие контрацептивное средство комбинированное (этинилэстрадиол 0.03мг+диеногест 2 мг) в контрацептивном режиме в течение 6 месяцев (40 пациентов); 3-я группа – контрольная (практически здоровые) 20 пациентов. Статистический анализ полученных данных проводили с помощью современных программ.

**Результаты исследования.** Средний возраст пациентов составил  $30,8 \pm 6,3$  года. По возрасту и антропометрическим данным пациенты в группах были сопоставимы ( $p > 0,05$ ). Средний возраст менархе у обследованных пациенток составил  $14,5 \pm 0,6$  года, средняя продолжительность менструального цикла составила  $28,1 \pm 1,6$  дня, средняя длительность менструации  $6,5 \pm 1,4$  дня.

К основным жалобам можно отнести следующие: боли в области поясницы и внизу живота, усиливающиеся во время полового акта или при менструации; обильные и болезненные месячные; бесплодие. Синдром хронической тазовой боли внизу живота, достоверно чаще встречался у пациентов с аденомиозом (78,1% против 5,0%;  $\chi^2 = 26,63$ ;  $p < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой. Диспареунию наблюдали у 47,3% пациентов с аденомиозом против 0%;  $\chi^2 = 15,43$ ;  $p < 0,001$ . Бесплодие отмечали у 41,3% пациентов с аденомиозом против 0%;  $\chi^2 = 13,21$ ;  $p < 0,001$ . Так же пациенты с аденомиозом предъявляли жалобы по поводу снижения либидо – 29,7% ( $\chi^2 = 7,84$ ;  $p = 0,01$ ) и астеноневротического синдрома 42% ( $\chi^2 = 14,85$ ;  $p < 0,001$ ).

У пациентов с аденомиозом достоверно чаще было отмечено нарушение менструального цикла 70,3% пациентов ( $\chi^2 = 24,76$ ;  $p < 0,001$ ). В структуре нарушений менструальной функции превалировало преимущественно дисменорея (62,5%) и гиперменорея (50,0%). При анализе данных в подгруппах с аденомиозом отличий не отмечено до начала лечения. Анализируя характер нарушения менструальной функции у пациентов с аденомиозом и контрольной статистически значимыми нарушениями явились в сравнении с контрольной: дисменорея ( $\chi^2 = 13,74$ ;  $p = 0,002$ ), гиперменорея ( $\chi^2 = 9,88$ ;  $p = 0,002$ ). Сочетание альгоменореи и гиперменореи отмечено у 38 пациентов, что составило 41,8%.

Что касается болевого синдрома, то через 6 месяцев все пациенты с аденомиозом 1 группы отмечали отсутствие болевого синдрома по шкале ВАШ, что составило 0,91 балла и в 98 % случаев исчезла диспареуния (0,98 балла). В то время пациенты 2 группы болевой синдром отмечали в 29% (по шкале ВАШ составило 4,6 балла) и диспареуния у 21% (3,8 балла).

Данные о характере менструальной функции после лечения в 1 и 2 – группе через 6 месяцев представлены в таблице 3. Как видно из таблицы 3, статистически значимое улучшение менструальной функции наблюдали в 1 – группе после применения диеногеста (29,4 % против 76,5 %;  $\chi^2=22,67$ ;  $p<0,001$ ), дисменорея отсутствовала ( $\chi^2=25,02$ ;  $p<0,001$ ), гиперменорея сохранилась лишь у 1-го пациента ( $\chi^2=16,98$ ;  $p<0,001$ ). Нормализация менструальной функции отмечена и во второй группе, но анализируя характер менструальной функции достоверное улучшение произошло в группе пациентов получавших супрессивную гормонотерапию диеногестом.

Примечание 1 –\* при сравнении 1 и 2 – групп статистически значимо ( $p<0,05$ ). Примечание 2 – \*\* при сравнении в 1 – группе до и после лечения ( $p<0,05$ )

**Выводы.** Несмотря на то, что золотым стандартом в диагностике эндометриоза является лапароскопия и гистология, нельзя игнорировать особенности характера менструальной функции и клинических проявлений, что может позволить своевременно диагностировать аденомиоз на начальных стадиях и тем самым позволит своевременно провести необходимую терапию, влияющую не только на репродуктивную функцию, но и на соматическое здоровье.

В результате анализа полученных нами данных, было выявлено, что менструальная функция у пациентов после применения диеногеста статистически значимо улучшилась ( $\chi^2=22,67$ ;  $p<0,001$ ). Альгодисменорея исчезла у всех пациентов ( $\chi^2=34,42$ ;  $p=0,001$ ), гиперменорея сохранилась только у одного пациента ( $\chi^2=4,91$ ;  $p=0,027$ ).

Таким образом, применение диеногеста 2 мг у пациентов с начальными стадиями аденомиоза в репродуктивном возрасте является эффективным, на основании оценке характера менструальной функции и болевого синдрома. Проведение супрессивной гормонотерапии, ориентированной на коррекцию основных жалоб и патогенетических звеньев заболевания, позволяет существенно улучшить качество жизни пациенток с генитальным эндометриозом.

#### **Литература:**

1. Адамян, Л. В. Роль современной гормонопродуцирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза / Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 66–77.
2. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению : рук. / под ред. Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 784 с.
3. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных / под ред. Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева, И. А. Аполихина. – М., 2013. – 86 с.
4. Оперативная гинекология / В. И. Краснопольский [и др.] – М. : МЕ Дпресс-информ, 2017. – 320 с.

5. Ярмолинская, М. И. Наружный генитальный эндометриоз и бесплодие / М. И. Ярмолинская. – СПб., 2013.– 64 с.

## **ФАКТОРЫ РИСКА, ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

***Жукова Л.И.***

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Врожденные пороки развития являются актуальной медицинской и социальной проблемой. Данные пороки имеют значительный удельный вес в структуре младенческой, перинатальной смертности и детской инвалидности. Частота врожденных пороков развития по данным Комитета экспертов ВОЗ составляет в среднем 4-6%. Дефекты нервной трубки занимают одно из лидирующих мест среди всех выявляемых врожденных аномалий человека -10-30%.

Пороки развития центральной нервной системы представляют обширную полиэтиологическую группу. В большинстве случаев удастся установить мультифакториальную природу врожденных аномалий. В связи с этим, остается актуальным поиск наиболее информативных факторов риска их формирования, позволяющих прогнозировать вероятность данной патологии и планировать профилактические мероприятия по предотвращению рождения детей с врожденными дефектами.

У части детей с врожденными аномалиями развития отмечается их строгая детерминированность, соответствующая аутосомно-рецессивному или сцепленному с полом наследованию. Значительно чаще возникновение пороков центральной нервной системы обусловлено множественными причинными факторами. Важное значение в нарушениях эмбрионального развития придается не только природе вредного фактора, но и временному совпадению его воздействия с периодами интенсивного формирования нервной системы – так называемыми критическими периодами.

Врожденные пороки центральной нервной системы характеризуются полисиндромностью клинических проявлений, стойкими неврологическими нарушениями и приводят к формированию инвалидности у подавляющего большинства детей.

Ультразвуковой метод диагностики (нейросонография) является первичным скрининговым методом диагностики новорожденных с подозрением на данную патологию. С помощью нейросонографии у новорожденных детей удастся диагностировать многочисленные структурные изменения центральной нервной системы, в том числе и аномалии развития головного мозга.